

FEB 8 1928
Lane Medical L
Clinique Obstétricale et Gynécologique de l'Université de Genève 19

Directeur : Professeur Docteur O. BEUTTNER

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE
POUR CARCINOME DE L'UTÉRUS

D'APRÈS LE PROCÉDÉ DE

KELLY · SEGOND · BEUTTNER

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RIDA MORWA

Saïda (Liban)

Thèse N° 1268

GENÈVE
IMPRIMERIE EUGÈNE MEYER
RUE DE CAROUGE, 48
1928

Clinique Obstétricale et Gynécologique de l'Université de Genève

Directeur : Professeur Docteur O. BEUTTNER

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE
POUR CARCINOME DE L'UTÉRUS

D'APRÈS LE PROCÉDÉ DE

KELLY · SEGOND · BEUTTNER

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RIDA MORWA

Saïda (Liban)

Thèse N° 1268

GENÈVE
IMPRIMERIE EUGÈNE MEYER

RUE DE CAROUGE, 48

1928

LA FACULTÉ DE MÉDECINE, sur le préavis favorable de M^r le Professeur O. BEUTTNER, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 1^{er} Août 1928.

Le Doyen :
Professeur M. ROCH

Je dédie ma thèse :

A mes chers parents,

En modeste témoignage de ma très profonde
et respectueuse affection, et de ma vive
reconnaissance.

A mon cher oncle,

En souvenir affectueux.

A mes amis.

*A mon maître Monsieur le Professeur O. BEUTTNER,
Professeur de Clinique Obstétricale et
Gynécologique à l'Université de Genève.*

Permettez-moi de vous dire ici combien je me sens incapable de pouvoir m'acquitter de la dette de reconnaissance que j'ai contractée envers vous. Votre affectueuse bienveillance et votre continuelle affabilité m'ont été d'un grand secours.

Vos cours et vos conseils resteront à jamais gravés dans ma mémoire.

Je vous remercie du fond du cœur.

Au moment où nous accomplissons notre dernière période de scolarité, nous tenons à exprimer à Monsieur le Professeur Roch, à Monsieur le Professeur Wiki, à Monsieur le Professeur Kummer, aux maîtres illustres de cette Faculté, dont l'enseignement à la fois savant et attrayant, nous a préparé à la carrière médicale, à notre seconde patrie la Suisse, nous tenons à exprimer nos sentiments les plus vifs de profonde gratitude et de reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Le cancer du corps de l'utérus doit, actuellement encore, être opéré quand il est opérable, et c'est ainsi qu'à la Clinique gynécologique de l'Université de Genève, il est, en règle générale, toujours traité chirurgicalement. Les rares cas traités par le Radium (il y en a sept) l'ont été sur des indications tout à fait spéciales (1).

Jusqu'en 1925, l'hystérectomie totale se faisait à la Clinique de Genève, soit par voie vaginale, le plus fréquemment, soit par voie abdominale. Actuellement, cette dernière est seule utilisée, car la technique opératoire a été développée et simplifiée par M. le prof. BEUTTNER, et lui donne toute satisfaction.

Pourquoi cette préférence ?

La voie vaginale présente deux inconvénients qui nous paraissent graves :

1° Lorsqu'au cours de l'opération, on bascule le corps de la matrice soit en avant, soit en arrière, il arrive fréquemment que la paroi utérine soit déchirée par les pinces : des masses cancéreuses ou purulentes peuvent s'en échapper, d'où danger de dissémination ou de péritonite.

2° Il est souvent très difficile d'extirper les annexes, soit à cause des adhérences, soit à cause de l'état de la malade, et ceci constitue un gros danger.

THIES (2) prétend que dans le cancer du corps, il n'a jamais vu ni de récurrence, ni de métastases dans les ovaires, et c'est la raison pour laquelle il conserve autant que possible ces derniers lors de l'opération (opération de Wertheim y comprise) quitte à les transplanter si c'est nécessaire.

Mais dans sa thèse de doctorat, M^{lle} E. SCHMID (3), s'appuyant sur 115 cas de carcinomes de l'utérus, dont l'autopsie fut faite à l'Institut pathologique de l'Université de Zurich, recherche à quels endroits se sont faites les métastases, et trouve que dans 19 cas, soit le 16,5 % on peut affirmer qu'il y a des métastases dans un ovaire.

Le pourcentage des autres auteurs va de 2,4 % (von Mielecki) à 26 % (Blau).

Dans les 19 cas de métastases ovariennes, huit fois le point de départ était un carcinome du corps uniquement, et comme ces derniers ne sont pas même le tiers de tous les cas de carcinomes utérins, l'auteur en conclut que les métastases ovariennes sont beaucoup plus fréquentes dans les carcinomes du corps que dans ceux du col.

En outre, dans le 52 % des cas, l'auteur trouve une bilatéralité des métastases.

Poursuivant ses recherches, M^{lle} SCHMIDT examine 240 protocoles d'opération pour carcinomes utérins de la clinique de Zurich, et trouve que, sur 83 cas de carcinome du corps, huit fois, c'est-à-dire 9,6 %, on constata macroscopiquement des métastases ovariennes évidentes.

Ses conclusions sont les suivantes :

« Dans un sixième jusque dans un quart de tous les cas autopsiés, et dans 3,75 % de tous les cas de carcinomes utérins opérés (9,6 % pour les cas de cancer du corps) on a pu démontrer des métastases ovariennes.

Comme la première métastase peut être une métastase ovarienne, et que, microscopiquement, elle peut atteindre un développement assez grand sans qu'on puisse la reconnaître macroscopiquement au cours de l'opération, il faut, dans tous les cas de carcinome utérin, sans prendre en considération ni l'âge de la malade, ni le

siège du carcinome dans l'utérus, enlever les ovaires par l'opération radicale.

Nous ne sommes donc pas d'accord avec ce qu'écrit Hüßy. (4)

« Les carcinomes du corps de l'utérus sont actuellement presque exclusivement opérés par voie vaginale...

Les cas de mort dûs à l'opération sont une grande rareté et je m'étonne qu'il y ait encore aujourd'hui des cliniciens donnant la préférence à l'opération abdominale, beaucoup plus dangereuse. »

Pour les raisons indiquées plus haut, *la voie abdominale qui permet à coup sûr d'extirper les annexes, doit être préférée.*

Cas de la Clinique gynécologique de Genève.

a.) VOIE VAGINALE :

Nous allons donner, pour commencer, la description des pièces extirpées dans les trois cas d'opération vaginale pour carcinome de l'utérus. Dans ces trois cas, il a été impossible d'enlever les annexes. A noter également que le troisième cas a été opéré par cette voie, en 1927, parce qu'il s'agissait d'un prolapsus total de l'utérus.

Cas 1 :

Mme Br. C. 33 ans. Obs. gyn. 266/1924.

Opération le 17 septembre 1924.

Opérateur : Prof. BEUTTNER.

Durée de l'opération : 45 minutes.

Description macroscopique : (voir fig. 1).

La pièce opératoire se compose de l'utérus sans les annexes.

La matrice est ouverte sur toute sa hauteur sur la paroi postérieure. Hauteur 8 cm., largeur 5 cm., épaisseur (d'avant en arrière) $3\frac{1}{2}$ cm. La surface est lisse, la consistance ferme. L'orifice interne est situé à 3 cm. de l'externe. La paroi est épaissie et mesure en moyenne $1\frac{1}{2}$ cm. La cavité utérine mesure $6\frac{3}{4}$ cm. de hauteur. Le col ne présente rien de spécial.



Fig. 1

Cas 2 :

Mme St. L. 55 ans. Obs. gyn. 327/1925.

Opération le 12 novembre 1925.

Opérateur : Prof. BEUTTNER.

Durée de l'opération : 60 minutes.

Description macroscopique. (voir fig. 2).

La pièce se compose de l'utérus totalement extirpé sans les annexes.

La matrice mesure de haut en bas $9\frac{1}{2}$ cm., de gauche à droite $6\frac{1}{2}$ cm. et d'avant en arrière $4\frac{1}{2}$ cm. La paroi est lisse, de coloration rose-pâle.

A la coupe, le canal cervical est lisse et mesure $3\frac{1}{2}$ cm. de hauteur ; la cavité utérine est large, mesurant 4 cm. de hauteur, 3 cm. de largeur et 2 cm. d'avant en arrière. Sa paroi est irrégulière, anfractueuse, couverte de masses blanc-jaunâtre, friables, d'aspect papillomateux.



Fig. 2

Cas 3 :

Mme A. L. 59 ans. Obs. gyn. 155/1927.

Opération le 28 avril 1927.

Opérateur : Prof. BEUTTNER.

Durée de l'opération : 35 minutes.

Description de la pièce. (voir fig. 3).

Utérus totalement extirpé avec une collerette vaginale. La portion vaginale est large, elliptique avec axe transversal mesurant $4\frac{1}{2}$ cm. et axe antéro-postérieur $2\frac{3}{4}$ cm. L'orifice externe est déjeté à droite, déchiqueté. Le canal cervical est long de 3 cm., anfractueux. Le corps mesure $4\frac{1}{2}$ cm. de hauteur sur $3\frac{1}{2}$ cm. de largeur et $2\frac{3}{4}$ cm. d'épaisseur (antéro-postérieure). La cavité utérine est profonde de 4 cm. La séreuse est lisse.

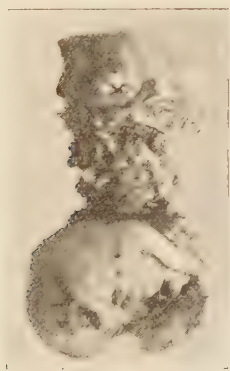


FIG. 3

b.) VOIE ABDOMINALE.

La technique opératoire, employée actuellement à la Clinique gynécologique de l'Université de Genève, par le Professeur BEUTTNER, technique qu'il a simplifiée et mise au point, est la suivante :

Incision médiane, allant de la symphyse à l'ombilic.

L'abdomen ouvert, on protège les bords de la plaie par des compresses ; on retoule les anses intestinales par des compresses également et l'on met en place la grande valve de Doyen.

Le situs opératoire une fois établi, l'opérateur place d'abord à gauche, ensuite à droite, une pince de Kocher (courte ou longue) comprenant la trompe, le ligament rond et le ligament propre de l'ovaire, près du bord utérin et parallèlement à ce dernier.

En tirant sur ces pinces on extériorise l'utérus sans risquer de blesser les parois de la matrice.

On soulève les annexes gauches avec une pince à kyste, et l'on pose sur le ligament spermatique gauche une ligature au catgut, repérée par une pince de Kocher.

Ligature sur le ligament rond gauche à 4-5 cm. de son insertion utérine, également repérée par une pince de Kocher.

On procède de même du côté droit.

On sectionne ensuite aux ciseaux le ligament large droit, au-dessous de la trompe et de l'ovaire et parallèlement à eux, jusqu'à la rencontre avec la pince de Kocher, posée parallèlement au bord utérin.

On incise les deux feuillets du ligament large le long de la pince de Kocher (en faisant ainsi avec la première incision un angle de 90° environ) jusqu'au niveau de l'in-

sersion du péritoine vésico-utérin sur la face antérieure de la matrice.

Avec les ciseaux fermés et une longue pincette, on écarte largement les deux feuillets du ligament large, pour arriver à sa base. A ce moment, on voit généralement très bien l'uretère et l'artère utérine, nettement dégagés.

Même chose du côté gauche.

Incision du péritoine vésico-utérin aux ciseaux, transversalement de gauche à droite ; avec un tampon monté, on refoule très facilement en bas la vessie.

On protège cet organe avec une valve de Pollosson.

La main droite, introduite dans l'abdomen, va repérer une pince de Museux placée avant l'opération sur la lèvre postérieure du col.

Incision de la paroi vaginale antérieure.

Un aide repousse en haut le col avec la pince de Museux. L'opérateur saisit la lèvre antérieure à travers l'incision vaginale et fait basculer en avant le col dont on iode immédiatement la surface.

L'aide ouvre la pince de Museux et attire dans le vagin une mèche de gaze xéroformée.

On continue alors la désinsertion du vagin à gauche, en appliquant dans le coin gauche de l'incision une pince à court mors intéressant la paroi vaginale et l'artère utérine. On coupe sur la pince.

On place une seconde pince plus en arrière, et l'on coupe de nouveau.

Même manœuvre à droite.

A ce moment l'utérus n'est plus retenu que par la paroi vaginale postérieure avec les ligaments utéro-sacrés.

On la sectionne en deux coups de ciseaux, sans mettre de pinces, vu la constitution anatomique des ligaments utéro-sacrés (5).

Ligature des artères utérines et fermeture du vagin par 5 ou 6 points séparés au catgut.

La péritonisation est simple en général.

On applique le péritoine vésico-utérin sur la paroi postérieure du vagin, dans la ligne médiane, et l'on ferme le ligament large gauche par un catgut continu allant de la ligne médiane vers le ligament spermatique gauche. Même chose à droite.

La péritonisation terminée, la suture de la séreuse se présente comme une ligne arciforme allant d'un ligament spermatique à l'autre.

Vérification de l'appendice (6).

Fermeture de l'abdomen.

Ci-après, nous donnons la description des quatorze cas opérés par cette méthode :

Cas 4 :

Mme R. C. 39 ans. Obs. gyn. 366/1923.

Opération le 8 novembre 1923.

Opérateur : Prof. BEUTTNER.

Durée de l'opération : 70 minutes.

Description macroscopique. (Voir fig. 4).

La pièce se compose de l'utérus et des annexes :

L'utérus mesure 10 cm. de hauteur de l'orifice externe du col au fond utérin. 6 $\frac{1}{2}$ cm. de largeur et 4 $\frac{1}{2}$ cm. d'épaisseur (d'avant en arrière).

Il a une forme de sablier, étant donnée la forme du col qui est très gros, et en battant de cloche. L'orifice externe forme une fente transversale large, entourée d'une ulcération dans sa partie droite. Cette ulcération s'étend en arrière sur la portion où elle atteint une largeur de



Fig. 4

2 cm. La largeur du col est de 6 cm. et son épaisseur de 5 cm. C'est la lèvre postérieure qui est surtout épaissie fortement (3 $\frac{1}{2}$ cm.) Les trompes sont légèrement épaissies, lisses, sinueuses, perméables. Les ovaires sont un peu augmentés de volume, riches en petits kystes.

A la coupe sagittale pratiquée sur la paroi antérieure, on constate que l'orifice interne se trouve à 4 $\frac{1}{2}$ cm. de l'externe. La cavité utérine est lisse. Dans l'épaisseur de la paroi postérieure du col, il existe un noyau dur, blanchâtre, ovoïde, allant de la muqueuse de la portion jusqu'à l'orifice interne.

Cas 5 :

Mme K. J. 50 ans. Obs. gyn. 311/1925.

Opération le 16 octobre 1925.

Opérateur : Prof. BEUTTNER.

Durée de l'opération : 70 minutes.

Description de la pièce. (Voir fig. 5).

Utérus extirpé avec ses annexes et une collerette vaginale. Hauteur de l'utérus 9 $\frac{1}{2}$ cm., dont le col comprend 4 $\frac{1}{2}$ cm., largeur 5 $\frac{1}{2}$ cm. Sur la paroi postérieure, à 2 cm. au-dessus de l'orifice externe du col, il y a un pédicule conique, large de 1 cm. environ:

Dans la cavité utérine, sur la paroi antérieure, immédiatement au-dessus de l'orifice interne, il y a un petit

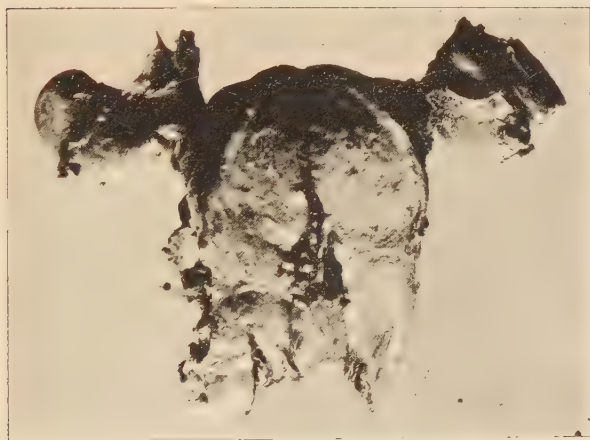


Fig. 5

polype cylindrique, long de 2 cm. et épais de $3\frac{1}{2}$ cm.

La trompe droite, longue de 8 cm., épaissie, soudée à l'ovaire dans son tiers externe, est couverte d'adhérences à ce niveau.

L'ovaire droit porte un kyste folliculaire gros comme une noix.

La trompe gauche, longue de 5 cm., est libre; l'ovaire, légèrement augmenté de volume, porte un kyste du corps jaune gros comme une noisette.

Cas 6 :

Mme F. A. 48 ans. Obs. gyn. 297, 1926.

Opération le 14 septembre 1926.

Opérateur : Prof. BEUTTNER.

Durée de l'opération : 45 minutes.

Description de la pièce. (Voir fig. 6).

La pièce se compose de l'utérus totalement extirpé et des annexes.

La matrice mesure 10 cm. de haut en bas, 5 $\frac{1}{2}$ cm. d'une trompe à l'autre et 1 $\frac{3}{4}$ cm. d'avant en arrière au niveau du fond utérin.

La matrice est lisse, sans adhérences. A la coupe, le col mesure 5 $\frac{1}{2}$ cm. de largeur. Noyau myomateux comme une noisette dans la paroi postérieure, près de la corne gauche.

La cavité utérine est lisse ; la muqueuse est épaisse de 1 $\frac{1}{2}$ mm. environ. Elle mesure 3 $\frac{1}{2}$ cm. de hauteur.

Les annexes ne présentent rien de spécial, les ovaires sont petits, durs.



Fig. 6

Cas 7 :

Mme S. A. 50 ans. Obs. gyn. 11/1927.

Opération le 19 janvier 1927.

Opérateur : Prof. BEUTTNER.

Durée de l'opération : 1 h. 20.

Description de la pièce. (Voir fig. 7).

Utérus totalement extirpé avec ses annexes.

La matrice est piriforme, haute de 10 cm., large de 6 cm. entre les trompes ; le col mesure 4 cm. de hauteur. La cavité utérine mesure 8 $\frac{1}{2}$ cm. du fond à l'orifice externe ; sa paroi est légèrement anfractueuse surtout au niveau de l'orifice interne. Surface interne lisse, muscle utérin ferme, épais en moyenne de 2 cm.

Trompe gauche, longue de 7 cm., mince, perméable,



Fig. 7

lisse, avec un petit pavillon. Elle adhère à l'ovaire dans sa région ampullaire.

Ovaire gauche du volume d'une petite noisette, dur, blanc.

Annexes droites normales.

Dans la paroi postérieure du col, il existe un kyste sphérique à paroi interne lisse, contenant un liquide clair jaunâtre comme du blanc d'œuf. Son diamètre mesure 2 1/2 cm.

Cas 8 :

Mme C. I. 34 ans. Obs. gyn. 80/1927.

Opération le 10 mars 1927.

Opérateur : Prof. BEUTTNER.

Durée de l'extirpation : 16 minutes. Durée totale 43 m.

Description de la pièce. (Voir fig. 8).

La pièce se compose de l'utérus totalement extirpé et de ses annexes.

La matrice mesure 9 $\frac{1}{2}$ cm. de hauteur, 5 $\frac{1}{2}$ cm. de largeur entre les trompes et 4 cm. d'épaisseur (d'avant en arrière).

La cavité utérine est haute de 8 $\frac{1}{2}$ cm.

Au niveau de l'orifice externe, sur le bord gauche, il existe une anfractuosité à paroi légèrement mamelonnée. Sur la paroi postérieure du canal cervical, à 1 cm. de l'orifice externe dans la moitié droite, il existe une tache légèrement surélevée, de coloration rouge foncé.

La trompe ne présente rien de spécial. Les ovaires sont un peu augmentées de volume, riches en petits kystes.



Fig. 8

Cas 9 :

Mme H. L. 57 ans. Obs. gyn. 109/1927.

Opération le 1er avril 1927.

Opérateur : Prof. BEUTTNER.

Durée de l'opération : 52 minutes.

Description de la pièce. (Voir fig. 9).

La pièce se compose de l'utérus et des annexes.

La partie inférieure de la portion vaginale manque (sectionnée à l'opération). L'utérus est haut de 10 cm., large de 8 cm., entre les trompes et épais de 4 cm. Les cornes utérines sont fortement bombées et déjetées en dehors. Sur la corne droite, il y a une adhérence épiploïque sous laquelle il existe une solution de continuité, menant dans la cavité utérine.

La paroi utérine, à ce niveau, est plus mince qu'ailleurs (6 mm.) Celle-ci est élargie en poire à sommet infé-



Fig. 9

rieur très inégal à cause de nombreuses bosselures dans les parois.

Les trompes sont minces, sinueuses ; la droite porte un chapelet de petits kystes séreux sur le bord inférieur.

Les ovaires sont de volume normal, durs, ridés, blanc-jaunâtre.

Cas 10 :

Mme P. E. 36 ans. Obs. gyn. 170/1927.

Opération le 5 mai 1927.

Opérateur : Prof. BEUTTNER.

Extirpation : 25 minutes, durée totale : 50 minutes.

Description de la pièce. (Voir fig. 10).

Utérus totalement extirpé avec ses annexes.

La matrice mesure 9 cm. de hauteur, 4 cm. de largeur, entre les trompes, et $3\frac{1}{2}$ cm. d'avant en arrière. Surface lisse, consistance ferme. Le canal cervical mesure 4 cm. de longueur. Sur sa paroi postérieure, à $2\frac{1}{2}$ cm. de l'orifice externe, est implantée une tumeur de la grosseur d'une noisette à surface irrégulière, spongieuse, friable, de coloration rouge-foncé.

Les annexes ne présentent rien de spécial, sauf la trompe droite qui porte un pavillon secondaire situé dans sa région isthmique à $2\frac{1}{2}$ cm. du pavillon normal.



Fig. 10

Cas 11 :

Mme B. S. 39 ans. Obs. gyn. 260/1927.

Opération le 9 juillet 1927.

Opérateur : Prof. BEUTTNER.

Durée de l'opération : 55 minutes.

Description de la pièce. (Voir fig. 11).

Utérus totalement extirpé et ses annexes. La matrice, piriforme, mesure 18 cm. de hauteur, 11 cm. de largeur entre les trompes et 8 $\frac{1}{2}$ cm. d'avant en arrière. Sa surface est lisse, sauf au niveau de la corne gauche, où il existe sur la paroi postérieure, un noyau myomateux sessile, blanc, dur, gros comme une noisette. Sur le fond utérin, d'une trompe à l'autre, il existe une incision récente, recousue par des points séparés.

Le col mesure dans sa portion vaginale 4 $\frac{1}{2}$ cm. de

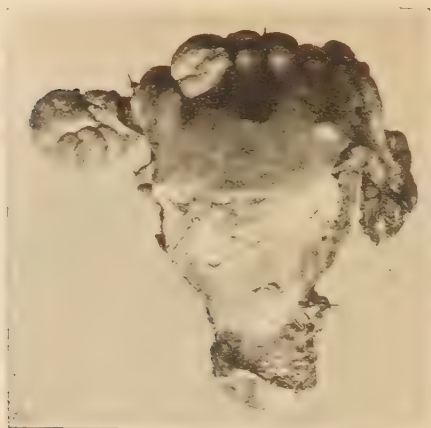


FIG. 11

largeur, $3\frac{1}{2}$ cm. d'avant en arrière et 3 cm. de hauteur.

L'orifice externe est oval, à grand axe transversal, mesurant 2 cm. Sur son pourtour, plus étendu à droite, il existe une érosion.

A côté de la pièce, il existe un fœtus de 19 cm. présentant une circonférence en forme de 8 sur la cuisse droite et l'abdomen.

Les trompes ne présentent rien de spécial; les ovaires sont gros (deux fois le volume normal). Le droit est riche en petits kystes; le gauche porte un corps jaune récent.

Cas 12 :

Mme D. C. obs. gyn. 329/1927.

Opération, le 26 août 1927.

Opérateur : Prof. BEUTTNER.

Durée de l'opération : 41 minutes.

Description de la pièce. (voir fig. 12).

Utérus totalement extirpé et ses annexes.

La matrice mesure 8 cm. de hauteur, 5 cm. de largeur et 4 $\frac{1}{2}$ cm. d'avant en arrière.

Elle est lisse. Le col mesure 3 $\frac{1}{2}$ de hauteur et 2 $\frac{3}{4}$ au niveau de l'isthme.

La portion vaginale est haute de 2 cm. et longue de 3 $\frac{1}{2}$ cm. La lèvre postérieure est plus grosse que l'antérieure ; celle-ci porte les traces d'une biopsie récente.

Les trompes sont lisses, sinueuses, à pavillon fortement développé, perméables, longues de 8 $\frac{1}{2}$ cm. chacune.

Les ovaires sont normaux. Le gauche porte un corps jaune récent.

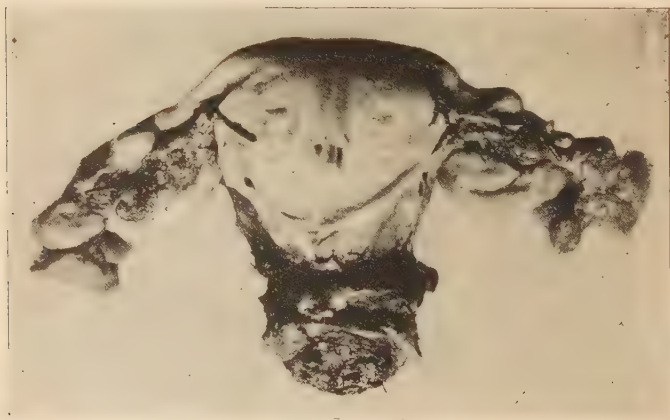


Fig. 12

Cas 13 :

Mme Z. J. 47 ans. Obs. gyn. 393/1927.

Opération, le 25 octobre 1927.

Opérateur : Prof. BEUTTNER.

Durée de l'opération : 48 minutes.

Description de la pièce. (voir fig. 13).

Utérus avec ses annexes. L'utérus mesure 11 cm de hauteur avec le col, 5 cm. d'une trompe à l'autre et 5 $\frac{1}{2}$ cm. d'avant en arrière. Surface lisse, consistance ferme, élastique. Annexes, rien de particulier.

A la coupe, la cavité utérine mesure 9 cm. de l'orifice externe au fond utérin.

Ses parois sont légèrement anfractueuses,

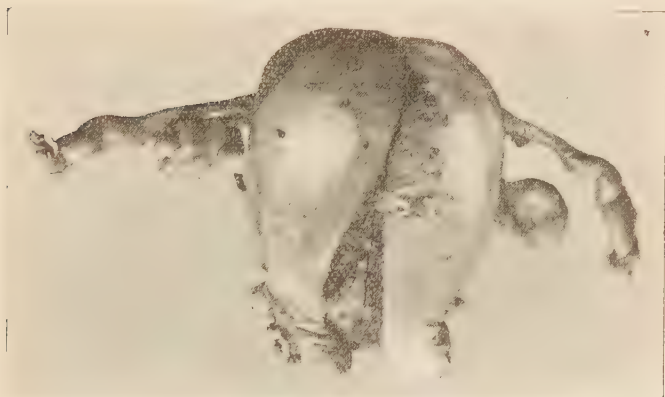


Fig. 13

Cas 14 :

Mme D. C. L. 54 ans. Obs. gyn. 417/1927.

Opération, le 18 novembre 1927.

Durée de l'opération : 60 minutes.

Opérateur : Prof. BEUTTNER.

Description de la pièce. (Voir fig. 14).

Utérus totalement extirpé avec ses annexes.

La matrice mesure 11 cm. de hauteur, 8 cm. d'une trompe à l'autre et 6 cm. d'avant en arrière. Sa surface est irrégulière, parsemée de nombreuses taches blanc-jaunâtre surélevées, mais plates (taches de bougie), séparées ou confluentes donnant à la surface utérine l'aspect d'une carte géographique.

Le col est très gros, mesurant $4\frac{1}{2}$ cm. de diamètre transversal, 4 cm. de diamètre antéro-postérieur et $3\frac{1}{2}$

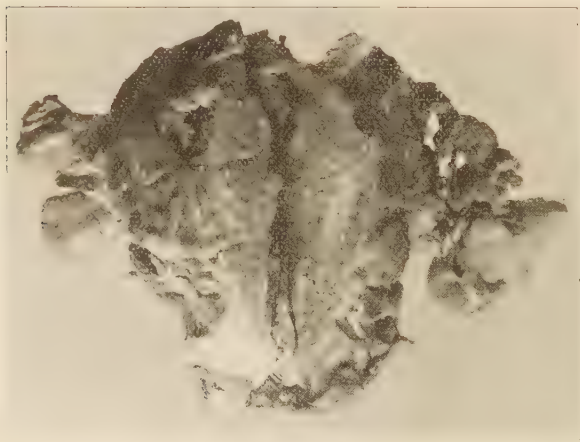


Fig. 14

cm. de hauteur. L'orifice externe est largement ouvert pour la pulpe de l'index.

La muqueuse recouvrant la portion vaginale et le museau de tanche est lisse.

Le muscle utérin est très épais ; par places, la paroi mesure jusqu'à $3\frac{1}{2}$ cm. d'épaisseur. Il est d'une coloration blanchâtre et d'une consistance très friable.

La cavité utérine, profonde de 10 cm. est anfractueuse. Les trompes n'ont rien de spécial. L'ovaire gauche est polykystique,

Cas 15 :

Mme P. M. 47 ans. Obs. gyn. 116/1928.

Opérée le 29 mars 1928.

Durée de l'extirpation : 15 minutes. Durée totale 40 minutes.

Opérateur : Prof. BEUTTNER.

Description de la pièce. (Voir fig. 15).

La pièce se compose de l'utérus totalement extirpé et de ses annexes.

La matrice mesure 9 cm. de l'orifice externe au fond., 5 $\frac{1}{2}$ d'une trompe à l'autre et 4 cm. d'avant en arrière. La séreuse du corps est lisse, le fond utérin est légèrement arqué. Sur une coupe antéro-postérieure, on constate que la cavité utérine se bifurque à 5 cm. de l'orifice externe. (et à 2 $\frac{1}{2}$ de l'orifice interne). Elle forme deux cornes très distinctes, profondes chacune de 3 $\frac{1}{4}$ cm. Entre les deux cornes, la paroi du fond s'avance en forme

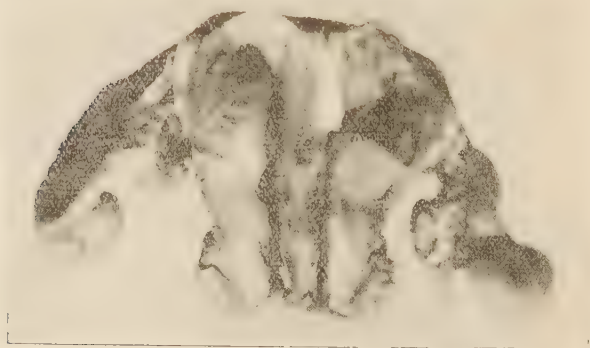


Fig. 15

d'éperon haut de 3 $\frac{1}{2}$ cm. en son milieu. La cavité utérine est limitée par une paroi légèrement anfractueuse, portant des débris muqueux brunâtres.

La portion vaginale porte une collerette de muqueuse vaginale dans tout son pourtour. Elle est légèrement bosselée, et mesure 2 $\frac{1}{2}$ cm. dans les sens antéro-postérieur et transversal. Sur la lèvre postérieure il existe une légère dépression à bord festonné, embrassant la moitié postérieure du pourtour de l'orifice externe, et mesurant 1 $\frac{1}{2}$ cm. transversalement et 1 cm. d'avant en arrière. Le fond de cette dépression est rouge-brunâtre, légèrement chagriné. La trompe droite, longue de 9 cm. s'épaissit fortement en massue à son bout distal oblitéré et devenu kystique où elle mesure 2 cm. de diamètre. L'ovaire droit est petit, ratatiné, dur. Il porte un kyste lutéinique de la grosseur d'une petite noisette. Ses dimensions sont 1 $\frac{1}{2}$; 1 $\frac{1}{4}$; 1 cm. La trompe gauche est pareille à la droite, mais légèrement plus longue (10 cm.). L'ovaire gauche est dur, ridé, et porte un kyste à contenu hématique de la grosseur d'une petite noisette ; il mesure 2 ; 1 $\frac{1}{2}$; 1 cm.

Cas 16 :

Mme P. A. 67 ans. Obs. gyn. 152/1928.

Opération, le 8 mai 1928.

Durée de l'extirpation : 15 minutes. Durée totale : 42 minutes.

Opérateur : Prof. BEUTTNER.

Description de la pièce. (Voir fig. 16).

La pièce provient d'une hystérectomie totale et se compose de l'utérus et de ses annexes. La matrice mesure 7 $\frac{1}{2}$ cm. de hauteur, 4 $\frac{1}{2}$ cm. d'une trompe à l'autre et 3 $\frac{1}{2}$ cm. d'avant en arrière. Sur la commissure droite de l'orifice externe, il existe un petit polype muqueux en forme de languette, long de 1 cm. large de 6 mm. et épais de 3 mm. Sur la face antérieure, au-devant de l'isthme,



Fig. 16

il existe un noyau myomateux sous-séreux gros comme une petite noisette.

A la coupe, la paroi antérieure est occupée par une tumeur bosselée, par places chagrinée, à centre déchiqueté, ouvert dans une cavité anfractueuse dont le diamètre atteint 2 cm. et la profondeur 1 cm. à peu près.

Les trompes, minces, légèrement sinueuses, sont lisses et perméables. La droite mesure 9 $\frac{1}{2}$ cm. de longueur, et la gauche 8 cm. L'ovaire gauche, doublé de volume, a une forme tétraédrique ; sur son pôle externe, il existe près du ligament large, une tumeur dure, finement bosselée, de la grosseur d'un grain de maïs, et deux tumeurs lisses, de coloration jaunâtre, du volume d'une petite noisette. L'ovaire droit, de volume normal, porte à chacun de ses pôles, une petite tumeur dure comme celle de l'ovaire gauche, mais légèrement plus grosse. Celle du pôle interne est calcifiée.

Cas 17.

Mme M. E. 44 ans. Obs. gyn. 188 28.

Opération le 22 mai 1928.

Opérateur : Dr HENNEBERG.

Durée de l'opération : 44 minutes.

Description de la pièce (voir fig. 17).

La pièce se compose de l'utérus et de ses annexes. L'utérus mesure $8\frac{1}{2}$ cm. de hauteur, 4 cm. d'une trompe à l'autre et $3\frac{1}{2}$ cm. d'avant en arrière.

Le col présente une ulcération circulaire de 3 cm. de diamètre, dont l'orifice externe est le centre. La cavité cervicale est lisse, et haute de 3 cm.

La cavité utérine est remplie de masses fongueuses couvertes de pus verdâtre.

Sur la paroi antérieure, il y a, dans la séreuse un

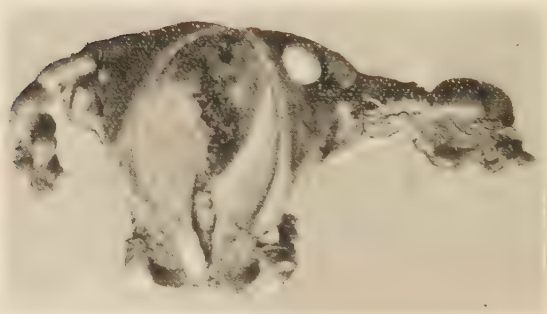


Fig. 17

noyau blanchâtre, dur, largement sessile, du volume d'un gros pois.

Les trompes ne présentent rien de particulier.

Ovaires petits, blanc-jaunâtre, durs, ridés. Un petit kyste parovarique, translucide, du volume d'une noisette, se trouve à gauche, entre la trompe et l'ovaire.

Technique opératoire des lésions péritonéales.

Notre Maître, le Professeur BEUTTNER, a toujours accordé une grande attention à ce temps opératoire, *la péritonisation*, et les nombreux travaux publiés sur ce sujet, sous sa direction, indiquent suffisamment l'importance qu'il y attache.

C'est ainsi qu'en 1918, il faisait paraître un ouvrage important et richement illustré sur le « Traitement opératoire des lésions péritonéales du bassin de la femme ». (7)

Si nous jetons un regard d'ensemble sur la péritonisation dans nos 14 cas d'hystérectomie totale par voie abdominale, (N° 4 à 17) nous constatons qu'elle s'est faite 8 fois (Cas N° 4, 6, 7, 8, 13, 15, 16, 17) en fixant simplement le péritoine vésico-utérin au péritoine rectal, sur la ligne médiane, puis en fermant de la ligne médiane vers l'extérieur le ligament large gauche jusqu'au ligament spermatique gauche, puis le ligament large droit jusqu'au ligament spermatique droit.

Dans les cas 5, 12 et 14, on a fixé le péritoine vésico-utérin au bord antérieur du vagin, et le péritoine du rectum au bord postérieur du vagin.

Fermeture des ligaments larges comme plus haut. Puis placement d'un sac de Mikulicz avec 4 mèches et un drain.

Dans le cas N° 9, le vagin est fermé par des catguts séparés, à droite et à gauche d'une gaze introduite dans le vagin. Péritonisation à gauche puis à droite. Tampon-

nement du petit bassin à la gaze xéroformée qui est nouée à la gaze vaginale, et fermeture de l'abdomen en plaçant un petit drain en verre dans l'angle inférieur de la plaie.

Dans le cas N° 10, on place un drain en caoutchouc auquel on attache une gaze xéroformée qu'on fait sortir par la vulve. Par un catgut, on fixe le drain à la paroi vaginale antérieure, à son bord supérieur.

Fermeture du vagin par des points séparés, 4 à gauche et 1 à droite du drain.

Fermeture du péritoine de la ligne médiane à gauche, puis à droite, en appliquant le péritoine antérieur au péritoine postérieur.

Enfin dans le cas N° 11, on applique le péritoine du cul-de-sac vésico-utérin sur le péritoine rectal dans la ligne médiane, et l'on ferme les ligaments larges comme d'habitude. On place un Mikulicz dans le Douglas avec un drain et 4 mèches.

Bibliographie

- (1) R. CHAPUIS : Le cancer du corps de l'Utérus et le Radium. Revue médicale de la Suisse Romande, N° 13, XLV^e année, 25 novembre 1925.
 - (2) THIES : Zur Operation des Uteruskarzinoms, Münchener medizinische Wochenschrift, page 1054, N° 31, 1924.
 - (3) E. SCHMID : Ueber Ovarialmetastasen bei Carcinoma Uteri. Thèse de Zurich 1926.
 - (4) HÜSSY P. : Gynækologische Radiumtherapie. Praxis N° 49, 1926.
 - (5) A. LATARJET et Ph. ROCHET : Le plexus hypogastrique chez la femme. Gynécologie et Obstétrique, Tome VI, N° 4, page 225, 1922.
 - (6) O. BEUTTNER : Du contrôle de l'appendice et de l'indication de l'appendicectomie au cours de 1400 laparatomies gynécologiques. Presse médicale, N° 97, 3 décembre 1924.
 - (7) O. BEUTTNER : Technik der peritonealen Wundbehandlung des weiblichen Beckens. Orell-Füssli, Zurich 1918.
-

Table des Matières

	<i>Page</i>
Introduction	9
Cas de la Clinique gynécologique de Genève	
a) Voie vaginale	12
Cas 1.	13
Cas 2.	14
Cas 3.	15
b) Voie abdominale.....	16
Cas 4.	19
Cas 5.	21
Cas 6.	23
Cas 7.	24
Cas 8.	26
Cas 9.	27
Cas 10.	29
Cas 11.	30
Cas 12.	32
Cas 13.	33
Cas 14.	34
Cas 15.	36
Cas 16.	38
Cas 17.	40
Technique opératoire des lésions péritonéales	42
Bibliographie	45
